

STACK · GHRH ANÁLOGO + GHRP SELECTIVO

Dos señales, *un* pulso.

PARA QUÉ · INVESTIGACIÓN DOCUMENTADA

Stack GH endógeno · pulso fisiológico nocturno

EDICIÓN MONOGRÁFICA · CJC-1295 + IPAMORELIN · 2026

El stack clásico del eje somatotropo · combina un análogo de GHRH (CJC-1295) con un GHRP selectivo (Ipamorelin) para reproducir la dualidad fisiológica del estímulo hipotalámico. Sinergia documentada en la literatura sobre liberación pulsátil de GH.

GHRH

ANÁLOGO · CJC-1295 (SIN DAC)

GHS-R1a

AGONISTA SELECTIVO · IPAMORELIN

Sinergia

PULSATILIDAD DOCUMENTADA





EL ESTÁNDAR PEPTIQ

El rigor analítico es el único
lujo que no se ve — *hasta que
falta.*

COA POR LOTE · PUREZA VERIFICADA · TRAZABLE 24/7

Material de uso exclusivo para investigación de laboratorio. No es un producto médico ni alimenticio, no está aprobado para consumo humano, y no diagnostica, trata, cura ni previene ninguna enfermedad. La información es educativa y no sustituye la consulta con un profesional de la salud.

El cuerpo no usa una palanca. Usa *dos*.

La liberación fisiológica de hormona de crecimiento no depende de un solo interruptor · depende de un **diálogo entre dos señales hipotalámicas**. **GHRH** (hormona liberadora de GH) abre la compuerta · **ghrelina** · que actúa sobre el receptor GHS-R1a · la amplifica. La somatostatina, en paralelo, regula como freno. Es ese juego coordinado el que produce los pulsos fisiológicos de GH.

Cuando se interviene sobre el eje desde fuera con una sola señal — solo un análogo de GHRH, o solo un GHRP — se obtiene una parte del pulso. La literatura farmacológica describe que cuando se combinan ambos vectores, la respuesta de GH es **sinérgica**: no es la suma de los dos efectos por separado · es una respuesta mayor que cualquiera de los dos en monoterapia. Esa es la base mecánica del stack.

POR QUÉ INTERESA UN STACK Y NO LA DOSIS MÁXIMA DE UN SOLO PÉPTIDO

Subir la dosis de un solo secretagogo desplaza el perfil de selectividad y aumenta los efectos cruzados (cortisol, prolactina, apetito). Combinar dos señales complementarias a dosis moderadas permite una respuesta mayor de GH manteniendo la pulsatilidad y, en el caso del binomio con Ipamorelin, conservando el perfil selectivo descrito en su literatura original.

GHRH

SEÑAL HIPOTALÁMICA
PRIMARIA

Abre la liberación de GH
almacenada en la hipófisis

Ghrelina

SEÑAL COMPLEMENTARIA ·
GHS-R1A

Amplifica el pulso · el receptor
que activan los GHRP

Sinergia

RESPUESTA COMBINADA

Documentada en literatura
farmacológica clásica del eje

La pregunta de investigación que abre el stack CJC-1295 + Ipamorelin no es "qué péptido es más fuerte" · sino "cómo replicar el modo en que el hipotálamo ya orchestra la liberación de GH". Dos señales · respetando la pulsatilidad · manteniendo el perfil selectivo.

¿Qué es *CJC-1295 + Ipamorelin*?

CJC-1295 es un **análogo sintético de GHRH**, derivado del fragmento bioactivo GHRH(1-29) con sustituciones de aminoácidos que aumentan su estabilidad frente a la enzima DPP-IV. **Ipamorelin** es un **pentapéptido GHRP selectivo** (agonista del receptor GHS-R1a), descrito por Raun et al. en 1998 en Novo Nordisk como el primer GHRP sin elevación significativa de cortisol y prolactina a dosis equipotentes para GH.

Existen **dos variantes** bien diferenciadas en la literatura sobre CJC-1295: **con DAC** (Drug Affinity Complex, también llamada CJC-1295 DAC) — caracterizada en los trabajos de **Teichman SL et al. 2006 (JCEM)** con vida media plasmática del orden de días por unión a albúmina — y **sin DAC** (también conocida como Mod-GRF 1-29), con vida media corta. El stack clásico de investigación combina típicamente **CJC-1295 sin DAC + Ipamorelin**, precisamente porque la vida media corta de ambos componentes **preserva la pulsatilidad fisiológica** de GH · objetivo central del binomio.

TEICHMAN SL ET AL. · 2006 · JCEM

"Prolonged stimulation of growth hormone and IGF-I secretion by CJC-1295" · caracterización farmacocinética de la variante con DAC en sujetos sanos. *Trabajo de referencia para CJC-1295 DAC · vida media prolongada por unión a albúmina vía Drug Affinity Complex.*

Ni CJC-1295 ni Ipamorelin han recibido aprobación regulatoria como medicamento en ningún mercado. Ambos se distribuyen internacionalmente como **material de investigación research-grade**. El vial PEPTIQ entrega los dos componentes en formato adecuado para reconstitución y trabajo de investigación · con COA Janoshik por lote.

POR QUÉ LA COMBINACIÓN ES LA UNIDAD LÓGICA DE INVESTIGACIÓN

Como detalla la literatura clásica sobre el eje somatotropo, GHRH y ghrelina (o sus análogos) son vectores complementarios: cada uno por separado produce una respuesta parcial, la combinación produce una respuesta sinérgica. Ese es el motivo por el que, en investigación, el stack CJC-1295 + Ipamorelin se trata como una unidad funcional · no como dos productos sueltos.

Pulsatilidad, no *meseta*.

Hay una decisión técnica que separa los protocolos de investigación serios de los improvisados: con DAC o sin DAC. La diferencia no es trivial · cambia el perfil entero del stack.

La variante **CJC-1295 con DAC** produce una elevación sostenida y prolongada de GH e IGF-1 · una **meseta** en lugar de pulsos discretos · porque la unión a albúmina vía DAC alarga la vida media plasmática a varios días (Teichman 2006). Esa meseta puede ser deseable en ciertos contextos de investigación, pero **borra la pulsatilidad fisiológica** y, sobre esa base, la lógica sinérgica con un GHRP pierde sentido. La variante **sin DAC** (Mod-GRF 1-29), en cambio, conserva una vida media corta · y al combinarla con Ipamorelin se produce un pulso agudo de GH que respeta la firma fisiológica · que es el objetivo del stack en investigación.

CJC-1295 sin DAC + Ipamorelin

Vida media corta de ambos componentes · pulso agudo de GH · preserva pulsatilidad fisiológica. Es la configuración del stack clásico de investigación.

CJC-1295 con DAC

Vida media de días por unión a albúmina (Teichman 2006). Eleva GH e IGF-1 de forma sostenida · meseta · borra el patrón pulsátil.

RAUN K ET AL. · 1998 · EUR J ENDOCRINOL · NOVO NORDISK

Descripción farmacológica original de Ipamorelin como GHRP selectivo · liberación de GH comparable a GHRP-6 sin elevación significativa documentada de cortisol, prolactina ni ACTH. *Es la pata del stack que aporta la selectividad sobre el receptor GHS-R1a.*

La otra lección que la literatura repite: la combinación funciona **respetando dosis moderadas** de cada componente, no maximizando ambos. Subir la dosis no replica mejor la fisiología · la rompe. La meta es reproducir un pulso · no fabricar una meseta artificial. Y como ocurre con Ipamorelin en monoterapia, el biomarcador útil sigue siendo **IGF-1** · vigilado contra línea base, no perseguido hacia el techo.

APLICACIÓN PRE-SUEÑO: EL POR QUÉ FISIOLÓGICO

La pulsatilidad endógena de GH se concentra en las primeras horas del sueño profundo. Por eso la literatura describe que el stack se aplica frecuentemente **al acostarse** · para que el pulso inducido se superponga al pulso fisiológico natural · en lugar de competir con la inhibición somatostatinérgica diurna.

STACK GHRH ANÁLOGO + GHRP SELECTIVO ·
10MG LIOFILIZADO

CJC + Ipa 10mg

*Material de investigación · eje somatotrofo***\$5,299 MXN**

VIAL BLEND · 10MG TOTAL LIOFILIZADO

COA Janoshik público por lote · peptiqresearch.org/coa

MECANISMO DE ACCIÓN

Dos señales complementarias del eje somatotrofo. CJC-1295 (análogo de GHRH) activa el receptor de GHRH en la hipófisis · Ipamorelin (GHRP selectivo) activa el receptor GHS-R1a (mismo receptor de ghrelina). La literatura documenta sinergia funcional sobre la liberación pulsátil de GH respetando el perfil selectivo descrito para Ipamorelin en Raun 1998.

Cada vial PEPTIQ del stack CJC-1295 + Ipamorelin se entrega como **material de investigación research-grade**. La pureza se verifica por **HPLC en Janoshik Analytical** (Brno, República Checa · laboratorio independiente) · y el **Certificado de Análisis (COA) del lote específico** que recibes se publica en peptiqresearch.org/coa y viaja dentro de la caja. No un COA genérico · el de tu lote.

Dosis de investigación documentada en la literatura

El esquema clásico de investigación combina **CJC-1295 (sin DAC) ~100 µg + Ipamorelin ~100–300 µg** por aplicación subcutánea, en **1 a 2 aplicaciones diarias**, preferentemente **pre-sueño** para superponerse al pulso fisiológico nocturno · sobre bloques de protocolo de **8 a 12 semanas** con reevaluación de biomarcadores. Estos parámetros se presentan como datos extraídos de la literatura científica · no como instrucción de uso humano.

CJC-1295 (SIN DAC)	IPAMORELIN	FRECUENCIA (LITERATURA)	PUREZA HPLC
~100 µg/aplicación SC	100–300 µg/aplicación SC	1–2×/día · pre-sueño	Verificada por lote

GARANTÍA DE PUREZA PEPTIQ · COA JANOSHIK

Cada lote se analiza por Janoshik Analytical. El COA del lote entregado — con pureza HPLC, masa molecular y endotoxinas — se publica y se incluye en el envío. Trazabilidad real · no marketing.

Cuándo *no* investigar con el stack.

El stack combina dos compuestos que actúan sobre el eje somatotropo · sumando contraindicaciones de cualquier intervención sobre GH/IGF-1. Su perfil de no-indicaciones es, por construcción, el de la familia entera.

🚫 Cáncer activo

GH e IGF-1 son factores de crecimiento. En neoplasia activa, la preocupación documentada de favorecer proliferación tumoral excluye el stack del marco de investigación.

🚫 Retinopatía diabética

La señalización GH/IGF-1 se ha vinculado a la progresión de la retinopatía diabética · contraindicación compartida por toda la familia.

🚫 Embarazo y lactancia

Sin respaldo de seguridad · queda fuera del marco de investigación.

🚫 IGF-1 basal elevado (>250 ng/mL)

Estimular más liberación de GH con IGF-1 ya elevado carece de lógica fisiológica · y desplaza el biomarcador fuera de rango.

🚫 Atletas bajo testing WADA

Los secretagogos de GH (y análogos de GHRH) figuran como sustancias prohibidas WADA · sin excepciones para atletas bajo control antidopaje.

✓ Panel hormonal previo

Panel basal evaluado por endocrinólogo: **IGF-1, IGFBP-3, glucosa, HbA1c, prolactina, cortisol** · línea base mandatoria.

EL PANEL BASAL NO ES OPCIONAL · Y MENOS EN UN STACK

Cualquier protocolo de investigación con CJC-1295 + Ipamorelin debería partir de un **panel hormonal basal completo** — IGF-1, IGFBP-3, glucosa, HbA1c, prolactina y cortisol — evaluado por un endocrinólogo. Combinar dos señales complementarias sobre el eje somatotropo sin línea base es renunciar a la posibilidad de medir. Y sin medición, no hay protocolo serio.

Lo que no se mide, *no se sabe.*

Estructura de protocolo de investigación en cuatro fases para el stack · diseñada sobre la lógica de pulsatilidad pre-sueño y biomarcadores del eje somatotropo.

Paso 1

Panel basal completo

Antes de iniciar · panel evaluado por endocrinólogo: IGF-1, IGFBP-3, glucosa, HbA1c, prolactina y cortisol. Descarte de contraindicaciones (cáncer activo, retinopatía diabética, IGF-1 >250 ng/mL, embarazo, testing WADA). Registro de composición corporal, calidad de sueño y recuperación percibida.

Paso 2

Ignición

Fase inicial. La literatura documenta dosis de investigación del orden de CJC-1295 (sin DAC) ~100 µg + Ipamorelin 100-300 µg por aplicación SC · pre-sueño · 1 a 2 aplicaciones diarias. Registro de tolerancia, hidratación de inyección, sueño y observación clínica durante las primeras semanas.

Paso 3

Consolidación

Continuidad del esquema sobre el bloque medio del protocolo. Punto intermedio: revisión de adherencia, sueño profundo (subjetivo o por wearable), recuperación · y, según criterio del investigador, IGF-1 a las ~4-6 semanas como check intermedio frente a la línea base.

Paso 4

Re-test a las 8-12 semanas

Al cierre del bloque · repetición del panel: IGF-1, IGFBP-3, glucosa, HbA1c, prolactina y cortisol. La vigilancia simultánea de cortisol y prolactina permite verificar que el perfil selectivo descrito en la literatura para Ipamorelin se mantiene en el contexto del stack. Las dosis y duraciones aquí descritas provienen de la literatura científica · son datos de referencia, no instrucciones de uso humano.

POR QUÉ LA ESTRUCTURA IMPORTA EN UN STACK

Combinar dos señales complementarias sobre el eje somatotropo solo tiene sentido si la pulsatilidad fisiológica se respeta y los biomarcadores cruzados se vigilan contra línea base. Mantenerse en la variante **sin DAC** de CJC-1295 · dosis moderadas · aplicación pre-sueño · y re-test contra basal es lo que diferencia un protocolo serio de un experimento ciego. Las dosis aquí descritas se presentan como datos de referencia · no como prescripción ni instrucción de uso humano.

Dos señales, una *unidad* funcional.

CJC-1295 + Ipamorelin 10mg PEPTIQ · research-grade · COA Janoshik público por lote. El stack clásico del eje somatotropo · análogo de GHRH + GHRP selectivo · sinergia documentada en la literatura farmacológica.

CJC-1295 + Ipamorelin 10mg

Vial blend liofilizado · GHRH análogo + GHRP selectivo · COA Janoshik por lote incluido en el envío

\$5,299
MXN · VIAL 10MG

CONTACTO DIRECTO

hola@peptiqresearch.org

Respuesta en 24h · weekends incluidos

+52 444 577 0445

WhatsApp concierge priority

DOCUMENTACIÓN

peptiqresearch.org

Catálogo completo · líneas PEPTIQ

peptiqresearch.org/coa

COAs Janoshik públicos · todos los lotes

PEPTIQ MX · TDI Marketing SA de CV · México · Edición Monográfica CJC-1295 + Ipamorelin · Mayo 2026

Fuentes citadas: Raun K et al. 1998 · *European Journal of Endocrinology* · descripción de Ipamorelin como primer GHRP selectivo (Novo Nordisk). Teichman SL et al. 2006 · *JCEM* · caracterización farmacocinética de CJC-1295 con DAC en sujetos sanos. Literatura farmacológica clásica sobre el eje somatotropo: GHRH y ghrelina como señales hipotálamicas complementarias para la liberación pulsátil de GH. Ni CJC-1295 ni Ipamorelin han recibido aprobación regulatoria como medicamento en ningún mercado · ambos se distribuyen internacionalmente como material de investigación research-grade.

⚠ AVISO REGULATORIO · MÉXICO · Material de uso exclusivo para investigación de laboratorio. No es un producto médico ni alimenticio, no está aprobado para consumo humano, y no diagnostica, trata, cura ni previene ninguna enfermedad. La información es educativa y no sustituye la consulta con un profesional de la salud.